

医)双愛会 ファミリークリニック蒲田・品川・多摩川 新規患者依頼(申込)書

依頼日: 令和 年 月 日

御依頼内容(希望内容に○)
1. 訪問診療(総合診療 整形外科 皮膚科 精神科)
2. 訪問看護 3. 訪問リハビリ 4. 訪問栄養指導

依頼者 (CM・NS・MSW・家族・他)
所属
TEL/FAX

ふりがな 性別 生年月日 M T 年 月 日 歳
患者名 男 女 S H
住所 TEL ① ②

(※ご住所は建物名までご記入ください。)

診断名 希望内容
□一般診療(総合内科) □緩和ケア(麻薬投与など) □精神療法(精神科)
□ドレーン法(外科) □褥創・創傷治療(皮膚科)
□IVH・末梢輸液 □経腸栄養(胃瘻など) □糖尿病治療 □在宅酸素
□服薬管理 □排泄管理(ストマ・留置カテ) □リハビリ □栄養管理
その他:
\* 医療機関の場合、診療情報提供書を添付して下さい

現在の病状について (治療内容・予後・告知の有無等)

現在の療養状況
1. 自宅療養 2. 通院中(病院名: 診療科: 科)
3. 入院中(病院名: 退院予定日: 月 日頃)
4. 施設入居中(施設名: )

介護認定 非該当 未申請 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
生活保護受給 有 無 申請中

ケアマネージャー 事業所: 担当者: TEL:

家族状況 氏名 続柄 別居・同居 TEL
別 同
別 同

※主な介護者に○印をお願いします。

Table with columns: サービス名, 事業所名(決まっていれば), 月, 火, 水, 木, 金, 土, 日. Rows include 訪問看護, 訪問リハ, 通所介護, 介護ヘルパー, その他.

※介護サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

FAX送信先

蒲田院:03-5480-1823 / 品川院:03-6735-4390 / 多摩川院:03-4243-2384 / 訪問看護:03-6800-3594

\* 指定がない場合は蒲田院宛にFAX送信をお願いします。

医療連携担当直通 TEL 050-3646-3438